



---

# Universidad de Valladolid

## TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

### “Trabajo social, salud mental y Modelo de Atención Centrada en la Persona”

**Autora:**

Dña. Adriana María Revilla Martín

**Tutor:**

D. Tomás Peláez Reoyo

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2021-2022

FECHA DE ENTREGA: 1/02/2022

## INDICE

<b>Resumen.</b> .....	3
<b>I. Introducción</b> .....	5
<b>1.2. Objeto del trabajo</b> .....	6
<b>1.3. Objetivos</b> .....	6
<b>1.4. Metodología y estrategias</b> .....	6
<b>2. El modelo de Atención centrada en la persona (ACP)</b> .....	8
<b>2.1. ¿En qué consiste?</b> .....	8
<b>2.2. Enfoque de la ACP</b> .....	11
<b>2.3. Cómo se lleva a cabo</b> .....	11
<b>2.4. Cuándo: momento clave de la intervención</b> .....	14
<b>2.5. Conclusión</b> .....	16
<b>3. El Trabajo Social en la atención a las personas con problemas de salud mental</b> .....	18
<b>3.1. Introducción</b> .....	18
<b>3.2. Marco teórico</b> .....	19
<b>3.3. Factores sociales y enfermedad mental</b> .....	20
<b>3.4. Antecedentes: la atención a personas con Enfermedad Mental en España.</b> .....	21
<b>3.5. Análisis del tema</b> .....	22
<b>3.6. Papel del Trabajo Social en salud mental</b> .....	25
<b>3.7. Funciones del trabajador social en salud mental. Que rol desempeña el profesional de Trabajo Social.</b> .....	25
<b>4. El modelo de ACP en la intervención del Trabajo Social con personas con problemas de salud mental</b> .....	27
<b>4.1. La intervención en personas con enfermedad mental</b> .....	30
<b>4.2. Plan de atención individualizado (PAI)</b> .....	31
<b>4.3. La figura del profesional de referencia</b> .....	32
<b>4.4. Características concretas para la intervención con personas con enfermedad mental</b> 33	
<b>4.5. Proceso de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental en Castilla y León</b> 34	
<b>4.6. Caso práctico en el que se apoya la teoría</b> .....	35
<b>5. Conclusión</b> .....	48
<b>6. Bibliografía</b> .....	51

## **Resumen.**

El presente trabajo de fin de grado muestra un recorrido por la enfermedad mental enfatizando la importancia de la labor de los profesionales del Trabajo Social, basando su intervención en el modelo de atención centrado en la persona.

Lo que se pretende es visibilizar a este colectivo y conocer cuáles son sus características más relevantes para abandonar algunos de los falsos mitos que existen acerca de los enfermos de salud mental y así facilitar su integración y evitar la exclusión social.

El recorrido que se realiza empieza por identificar que es el modelo de atención centrado en la persona, a quien va dirigido, como se lleva a cabo, cuando es el momento idóneo de plantearnos utilizar el modelo, y porque se usa, en este caso, en la intervención con personas con problemas de salud mental.

Se enfatiza la labor del Trabajo Social en la atención a estas personas y la importancia de la presencia del trabajador social en la intervención, es decir, cual es el papel que desarrollan como profesionales y el rol que tienen en el caso de la salud mental, enfocando nuestra acción desde el modelo de intervención centrado en la persona. Concluye con un diario de campo recogido durante mis prácticas en FEAFES El Puente Salud Mental Valladolid, dónde aprendí en primera persona como se aplica el modelo de atención centrado en la persona y viví experiencias realmente enriquecedoras en el desempeño como trabajadora social.

**Palabras clave:** Enfermedad mental, Modelo de Atención Centrado en la Persona, Trabajo Social, Integración, Autonomía personal.

## **Abstract.**

This final degree thesis takes a look at mental illness, emphasising the importance of the work of social work professionals, basing their intervention on the person-centred care model.

The aim is to make this group visible and find out what their most relevant characteristics are in order to dispel some of the false myths that exist about mental health patients and thus facilitate their integration and avoid social exclusion.

The journey begins by identifying what the person-centred care model is, who it is aimed at, how it is carried out, when it is the ideal time to consider using the model, where and why it is used, in this case, in the intervention with people with mental health problems.

Emphasis is placed on the work of Social Work in the care of these people and the importance of the presence of the social worker in the intervention, i.e., what is the role that they develop as professionals and the role they have in the case of mental health, focusing our action from the model of person-centred intervention. It concludes with a field diary collected during my internship at FEAFES El Puente Salud Mental Valladolid, where I learned first-hand how the person-centered care model is applied and I lived really enriching experiences in the performance as a social worker.

**Keywords:** Mental illness, Person-Centered Care Model, Social Work, Integration, Personal autonomy.

## I. Introducción

Para situarnos dentro de la temática que abarca el siguiente trabajo creo necesario exponer una serie de cuestiones que requieren de un profundo análisis para llevar a cabo el desarrollo de este.

¿Cómo es la vida de una persona que presenta problemas de salud mental?

¿Cómo lo afrontan sus familiares y su red social?

¿Cómo puede la profesión de Trabajo Social paliar los efectos negativos a consecuencia de la enfermedad mental y contribuir a la recuperación o mantenimiento de una vida lo más autónoma posible para este colectivo?

Los profesionales del Trabajo Social cumplen una labor crucial en colaboración con profesionales de otras áreas como psicólogos, psiquiatras, etc. En la recuperación y mantenimiento de la salud de las personas que se ven afectadas por una Enfermedad mental. La labor fundamental de estos profesionales debe centrarse en la persona con el fin último de que los individuos atendidos alcancen la máxima autonomía posible para el mantenimiento de una vida normalizada, rompiendo con las barreras que, en múltiples ocasiones, hacen que este colectivo sea estigmatizado y aislado de la sociedad, como, por ejemplo, las escasas oportunidades de entrada al mundo laboral.

Se hace especialmente necesaria la comprensión de este colectivo que requiere una atención integral, de calidad, con unos apoyos y acompañamiento continuo que hagan ver a la persona como un ser único, por lo que requiere una atención individualizada que se centre en las habilidades, y capacidades de estas para transformarlas en oportunidades por la consecución de un objetivo, mirar por el bienestar de la persona y que alcance la mayor autonomía posible.

Mi motivación para haber elegido la realización de este tema ha sido mi paso por la asociación de salud mental El Puente FEAFES Valladolid durante mi estancia en prácticas, lo que me ayudó a darme cuenta de que es un colectivo muy estigmatizado y poco visible aun hoy en día. Por ello, veo interesante hablar sobre esta problemática e incidir en la necesidad de darle voz.

## 1.2. Objeto del trabajo

El objeto de este trabajo de fin de grado es estudiar como el trabajo social puede apoyar en la recuperación y mantenimiento de las personas con enfermedad mental grave basando la intervención en el Modelo de Atención Centrado en la Persona.

## 1.3. Objetivos

- Acercarnos al concepto de salud mental, definición, síntomas, y conocer cuál es el día a día de una persona que padece una enfermedad mental, así como de sus familiares y entorno más cercano.
- Profundizar en la necesidad de que existan profesionales del trabajo social, en el ámbito de la salud mental para realizar un abordaje e intervención de calidad con la persona que padece una enfermedad mental.
- Adentrarnos en la forma de intervenir, con un modelo de atención centrado en la persona, para mejorar la calidad de vida de los usuarios en salud mental.

## 1.4. Metodología y estrategias

La metodología empleada en este trabajo es principalmente cualitativa, basándome en la recogida de información acerca de la intervención social en esta problemática de revistas, libros y artículos de revistas.

En cuanto a la estructura, comenzaré haciendo una breve descripción sobre el concepto de salud mental para comprender qué es y en qué consiste convivir con una enfermedad mental, tanto desde la perspectiva del usuario como de sus familiares y entorno más cercano, es decir, su red social.

El trabajo continúa profundizando en la necesidad de la existencia y presencia de profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud mental para llevar a cabo una intervención integral y personalizada para cada usuario.

Seguidamente describiré cómo se interviene desde el Trabajo Social con este colectivo en su práctica profesional, basándome en el modelo de intervención centrado en la persona y su aplicación con un diario de campo que recoge un caso del que aprendí durante mis prácticas.

## 2. El modelo de Atención centrada en la persona (ACP)

### 2.1. ¿En qué consiste?

La atención centrada en la persona podría interpretarse como un modelo de atención destinado a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, situando el centro de atención en la persona. Para ello resulta preciso definir la calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es: *“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, sus expectativas, las normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* (Organización Mundial de la Salud. (2020)). Está influenciado por:

- Salud física
- Estado psicológico
- Nivel de independencia
- Relaciones sociales
- Relación con los elementos esenciales de su entorno

Otra de las definiciones que nos da la OMS es la de salud, definiendo esta como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas definiciones, la calidad de vida y la salud de una persona se relaciona directamente con su salud mental. Son considerados elementos fundamentales para alcanzar el bienestar del individuo así como un nivel de independencia óptimo que le permita desarrollarse de forma productiva y relacionarse con su entorno.

Partiendo de la premisa anterior, una de las características clave del modelo de atención centrado en la persona es que esta tome el control de su propia vida y



sea capaz de tomar decisiones por sí misma, de manera que logre alcanzar las metas y deseos que se proponga.

Implica que no son las personas las que deben adaptarse a los centros y servicios sino más bien al contrario, estos centros y servicios son los que deben adaptarse a las necesidades de las personas usuarias para respetar el principio de que cada persona es única y por ello debe recibir una atención que se adecue a sus necesidades en cada momento. El modelo de atención centrado en la persona se basa entonces, en la necesidad de que haya una adecuada coordinación entre los recursos para dar respuesta a las necesidades de las personas, de modo que:

- La persona es el eje central de la intervención
- La atención a las personas debe alcanzar la continuidad
- Incorpora la figura de un coordinador del caso dentro de la red de recursos sociales, económicos y sanitarios
- Apuestan por el diseño de planes individualizados de atención donde se recogen los distintos objetivos, actuaciones y evaluación de las intervenciones profesionales para cada individuo

el modelo de atención centrado en la persona se fundamenta principalmente sobre una base sólida: dar respuesta a los deseos y preferencias de las personas apoyándonos en el derecho a su autodeterminación, autonomía, independencia y libertad en la capacidad de toma de decisiones.

Consiste en promover la autonomía y reducir la dependencia centrándonos en las capacidades y fortalezas de las personas a fin de lograr una atención integral y coordinada entre los profesionales para alcanzar el máximo nivel de bienestar y satisfacción por parte de la persona usuaria.

Los principios clave sobre los que se sustenta el modelo de intervención centrado en la persona que se han recogido de Pilar Rodríguez son los siguientes:

- Principio de autonomía: este principio recoge que las personas destinatarias de recursos tienen derecho a tomar el control sobre su propia vida, de manera que es un principio esencial, así como la base de la dignidad personal.
- Principio de participación: aquellas personas que precisan atención tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afectan al desarrollo de su vida. Por ello, los usuarios participarán en la elaboración y desarrollo del plan individualizado de intervención.
- Principio de integralidad: las intervenciones han de contener las actuaciones oportunas dirigidas a satisfacer el conjunto de necesidades de cada persona, entendiendo por éstas, las básicas, emocionales y las sociales.
- Principio de individualidad: se deben adaptar los programas y servicios a las necesidades de cada persona para evitar que sean los usuarios quienes deban adaptarse a estos programas y servicios.
- Principio de inclusión social: es importante que el usuario tenga la posibilidad de permanecer en su entorno incluso en situaciones de dependencia grave y de esta manera, siga manteniendo el contacto con su comunidad.
- Principio de independencia y bienestar: todas las personas deben tener acceso a programas de promoción de la salud, autonomía y prevención de la dependencia, así como a servicios y programas que mejoren su bienestar.
- Principio de continuidad de atención: aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia deben tener acceso a los servicios que precisen de manera continuada y adaptada de forma permanente a las circunstancias de su proceso.

Todos estos principios comparten entre sí un derecho básico, el derecho al mantenimiento de la dignidad de la persona.

## 2.2. Enfoque de la ACP

Este modelo va dirigido a aquellas personas que se encuentran en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia.

Para aplicar el modelo de intervención centrado en la persona primero, hay que respetar y valorar al individuo como miembro de pleno derecho de la sociedad. Segundo, hay que elaborar un plan de atención individualizado que se adapte a las necesidades cambiantes y en constante evolución de las personas. Tercero, hay que llegar a comprender la perspectiva de la persona usuaria sobre la que se aplica el modelo. ¿Qué sentido le da esa persona a su situación? Cuarto, hay que ofrecer una psicología social de apoyo a fin de ayudar a las personas usuarias a vivir una vida en la que perciban un completo bienestar.

M<sup>a</sup> José Nova (2017), Psicóloga clínica, nos dice que *“el elemento innovador del modelo de atención centrado en la persona frente a otros modelos que se orientan a los servicios es que tanto las personas usuarias como su red social tiene un papel más activo, constituyendo el centro de la atención y de la toma de decisiones. Este modelo va más allá, profundizando en la idea de lo individual en concordancia con la autonomía personal y la gestión propia de la vida cotidiana”*.

La intención es que sea la persona usuaria junto con su red de apoyo, quién tome el control y potencie sus habilidades para conseguir los objetivos y metas que la persona desee.

## 2.3. Cómo se lleva a cabo

Este modelo se lleva a cabo mediante un proceso estructurado y de evaluación continua, introduciendo los cambios progresivos necesarios. El fin último de este modelo de atención es que la persona usuaria mantenga el control de su propia vida en su vida cotidiana y sea activa en la ejecución de su propio proyecto vital.

La familia adquiere un rol activo junto con la persona usuaria. La red social de la persona es un factor clave en el proceso de intervención. La familia tiene gran relevancia para llevar a cabo el modelo de atención centrado en la persona ya que es un gran apoyo para el bienestar de la persona. Es importante que las familias participen en el plan personal de las personas usuarias siempre que éstas lo acepten. Hay que tener en cuenta que cada situación familiar es distinta y el grado de implicación por parte de esta cambia dependiendo de la disponibilidad de cada familiar, así como de la relación que tengan entre sí usuario y grupo familiar. El papel de los profesionales debe ser proponer y facilitar los medios necesarios para que la familia tome parte durante el proceso de rehabilitación y/o mantenimiento del familiar afectado.

La familia, al igual que los profesionales, ejercen de acompañantes, fomentando y respetando que la persona usuaria tome sus propias decisiones. Es muy importante apoyar en todo momento a la persona, ella es el eje principal durante el proceso de intervención.

Al igual que las familias son un importante factor para la persona usuaria a la hora de llevar a cabo una intervención centrada en la persona, también necesitan apoyo profesional para su bienestar.

Los familiares de las personas usuarias presentan distintas necesidades que requieren un apoyo profesional especializado.

Algunas de las claves para intervenir con las familias que recoge Teresa Martínez (2013) para llevar a cabo una intervención coordinada y efectiva:

- La voluntariedad del cuidado: el cuidado de los familiares usuarios debe ser una tarea voluntaria para los familiares cuidadores. Hacer entender a las familias que elegir el no cuidar es una opción válida que no va relacionada necesariamente con el abandono o la falta de cariño. Entender la voluntariedad del cuidado también significa que las familias están en su derecho de decidir el grado y la intensidad que desean asumir de cara a los cuidados que necesite el usuario.

- La complementariedad en los cuidados: el cuidado, tanto por parte de los profesionales como de la familia debe ser complementario, esto quiere decir que la atención profesional en ningún momento se contempla como alternativa sustitutoria de los cuidados familiares sino como un recurso que ofrece los apoyos necesarios para mejorar el cuidado, siempre y cuando lo desee así la persona usuaria.
- La desculpabilización: los profesionales deben trabajar con las familias procurando reducir al máximo sentimientos de culpa que puedan surgir a lo largo del proceso. Para ello es importante la escucha activa y llevar a cabo la normalización de esos sentimientos para evitar fomentar las actitudes que nos llevan a sentirnos culpables cuando las cosas no salen como deseamos.
- Los cuidados compartidos con el grupo familiar: es importante evitar que la responsabilidad del cuidado recaiga sobre un solo miembro familiar. Se debe estimular la necesidad de realizar cuidados compartidos por el grupo familiar.

La familia constituye un pilar fundamental en el apoyo, recuperación y mantenimiento del familiar con problemas de salud mental. Por ello, debemos apoyar a los familiares en su rol de cuidadores, por lo que les daremos la información y orientación necesaria para desempeñar un papel activo en la recuperación de su familiar.

En todo este proceso surge la figura del coordinador de caso. Un profesional de referencia responsable del apoyo personalizado a cada persona usuaria que la acompaña en el día a día desde un acompañamiento continuado.

El objetivo es garantizar la atención personalizada a cada persona para alcanzar mejor el propósito de la intervención. Esto no quiere decir que la persona designada como coordinador de caso sea el único profesional a cargo del usuario, sino que se convierte en el principal referente con una especial responsabilidad tanto de la persona usuaria como de sus respectivas familias.

Es una figura profesional desempeñada por cuidadores de atención directa que, partiendo de la historia de vida de la persona y del conocimiento de sus

fortalezas y necesidades, han de crear las oportunidades que sean posibles para que la vida de las personas atendidas continúe teniendo sentido y significado.

Partiendo de este objetivo, resulta indispensable la creación de vínculos con la persona que recibe la atención, así como con sus familiares. Además, entre las funciones de este profesional se encuentra la de convertirse en interlocutor de la persona usuaria entre los profesionales especializados, asegurando así la coordinación entre las necesidades y los apoyos necesarios para la persona.

Como he indicado previamente, es imprescindible tener conocimiento de cada persona, identificar sus fortalezas, así como los recursos que le proporcionen el mayor grado de bienestar en su vida cotidiana.

La actividad que desempeñe el coordinador de caso deberá estar apoyada por las organizaciones para facilitar su desarrollo. Los encuentros periódicos con otros profesionales son de máxima importancia al igual que el desarrollo de actividades formativas para reconocer el desarrollo profesional del profesional de referencia.

El día a día de los usuarios puede volverse monótono, estos profesionales son la clave para que esto no ocurra y que la persona siga evolucionando, decidiendo y viviendo la vida que desean.

#### **2.4. Cuándo: momento clave de la intervención**

una vez explicado en que consiste el modelo de atención centrado en la persona, resulta necesario reconocer cuando se aplica realmente en un centro o servicio. No todos los servicios profesionales ofrecen los mismos cuidados. Algunos dan verdadera importancia al cumplimiento de protocolos y multitud de criterios técnicos, sin embargo, siendo necesaria cierta organización burocrática, a veces pueden hacer que olvidemos lo realmente importante, que es lo que la persona quiere, que le hace feliz en su vida cotidiana.

Nos centramos en la importancia de tener una atención profesional de calidad que apoye a las personas en sus decisiones para que puedan seguir teniendo el control sobre su vida. Para ello es necesario conocer lo que incumbe a cada persona, su salud, las circunstancias que la rodean, su historia de vida, capacidades y fortalezas, sus preferencias y cuales son aquellas cosas que les producen bienestar y les hacen felices.

Una de las acciones más importantes trata de fomentar sus relaciones sociales y el contacto con el entorno que rodea a la persona.

Para llevar a la práctica el modelo de intervención centrado en la persona, se propone el plan de intervención, el diseño de la estrategia de cambio.

En primer lugar, hay que proponer los cambios teniendo en cuenta el rol de los profesionales, el entorno de la persona y las actividades significativas para ésta.

En segundo lugar, teniendo en cuenta los aspectos anteriores, se propone el plan de acción. Para ello es necesario evitar la improvisación sin que esto sea motivo de no incorporar nuevas ideas que puedan ir surgiendo a medida que avanza la intervención.

En tercer lugar, todas las medidas aportadas deben ser puestas en consenso de todos los profesionales que intervengan en el plan de acción para garantizar el éxito de la intervención.

Cuarto, empezaremos con experiencias que no tengan mucha complejidad para que aumente la probabilidad de éxito ya que esto motiva y facilita futuros retos que puedan aparecer.

Quinto, la implicación de los profesionales debe ser real, es decir, que no vivan el reto como algo impuesto, sino que el compromiso sea completamente desinteresado para que el ambiente de trabajo sea el más adecuado y fácil posible.

Por último, hay que adoptar una postura flexible y estar abiertos a nuevas propuestas. Las nuevas ideas que puedan surgir a lo largo de la intervención pueden ser de gran ayuda y por ello debemos estar preparados para

incorporarlas a nuestro plan inicial siempre que sean coherentes con el resto de las propuestas. El proceso de atención centrada en la persona está en continua transformación.

Lo propio cuando se diseña un plan de acción y se lleva a cabo es realizar una evaluación cada cierto tiempo de los cambios logrados para seguir avanzando en la intervención. En base a la evaluación identificamos los posibles errores que se hayan podido cometer para corregirlos e intentar, en la medida de lo posible, no volver a cometerlos en la misma intervención o en intervenciones futuras. Cualquier error que haya podido producirse constituirá un aprendizaje.

Hay que tener en cuenta que cuando se trabaja desde el modelo de atención centrada en la persona, vamos a obtener mucha información acerca de la vida íntima de la persona que debemos manejar asegurando siempre la confidencialidad de todos los aspectos privados.

## 2.5. Conclusión

En definitiva, aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia, al igual que el resto de la población, desean lograr el desarrollo de un proyecto vital de importancia en sus vidas, acorde a sus gustos y preferencias y por supuesto, manteniendo el control de su propia vida, tanto en aquellas decisiones importantes que se puedan presentar como en el desarrollo de su vida cotidiana y sus rutinas. Las personas que se encuentran en una situación de dependencia o fragilidad requieren una serie de apoyos distintas entre cada una de ellas y de distinta intensidad, dependiendo del momento de su vida en el que se encuentren, las limitaciones funcionales que padezcan o del nivel de participación en sociedad que presentan. Además, estas personas tienen derecho a este tipo de apoyos por el principio de igualdad de oportunidades para compensar su situación.

Estos apoyos de los que hablo deben ofrecerlos los poderes públicos, empresas privadas y el resto de la sociedad en general, siempre respetando la dignidad de la persona, su derecho de ciudadanía y el ejercicio de su autonomía personal, con plena independencia y sin depender del lugar en el



residan, ya sea en el medio rural, la ciudad, su propio domicilio o en una residencia.

Todo esto requiere esfuerzo para alcanzar el cambio y lograr que las actuaciones estén verdaderamente orientadas a respetar los derechos y la calidad de vida de cada persona. Los profesionales son los principales responsables del cambio. Es imprescindible que adopten una actitud abierta al cambio para analizar y transformar los métodos tradicionales de intervención en casos de dependencia. Para ello, los profesionales que participan en el modelo necesitan una formación continuada a lo largo del proceso de cambio.

La inmensa mayoría de las personas que precisan de apoyos desean permanecer en su entorno habitual y continuar participando en el entorno comunitario, lo que obliga a desarrollar servicios y prestaciones que ofrezcan la garantía de que la persona podrá seguir viviendo en su casa, relacionándose con su entorno habitual sin necesidad de que sea trasladado a otro entorno, residencia o lugar extraño para esa persona.

Para aquellas personas, que debido a su situación no puedan continuar residiendo en su domicilio habitual dada la gravedad de su dependencia, es preciso tener a su disposición alojamientos alternativos al domicilio que la persona pueda percibir como hogar propio, al mismo tiempo que en éstos se ofrece la ayuda integral y los apoyos necesario que la persona precise. Estas viviendas alternativas al domicilio propio de la persona deberán cumplir también con los principios de dignidad y tener en cuenta los derechos de la persona que entra a residir en ellos.

El fin que persigue de modelo de atención centrado en la persona, definido por Pilar Rodríguez sería, en definitiva, “el de promover las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de a persona, partiendo del respeto peno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

### 3. El Trabajo Social en la atención a las personas con problemas de salud mental

#### 3.1. Introducción

La salud mental entendida como un concepto meramente médico quedó atrás hace varias décadas. En la definición del concepto de salud elaborada por la OMS, se reconoce la salud como algo físico, psicológico y social. Las enfermedades mentales influyen significativamente en la vida cotidiana de las personas que las padecen y por ello se hace necesario tener en cuenta el entorno y los factores sociales que rodean a éstas.

En este apartado hablaré sobre la influencia tanto beneficiosa como perjudicial que los factores sociales pueden tener en la aparición, desarrollo y evolución de las enfermedades mentales.

También, desarrollaré la atención que la salud mental recibe en España, de los servicios y el estigma que se tiene aún hoy día sobre estas enfermedades. Identificar la insuficiencia de recursos comunitarios como un problema social es el primer paso para llevar a cabo el reconocimiento de las necesidades que, tanto familiares, como usuarios y asociaciones, presentan.

Actualmente, la atención a personas con problemas de salud mental que España presenta se puede resumir en un escaso desarrollo de servicios y ausencia de recursos servibles. La realidad a la que se enfrentan las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, no solo se relaciona con las características propias de la misma, sino también con la ausencia de una red de apoyo y entorno adecuados, un espacio donde la profesión del Trabajo Social tiene aún mucho por hacer.

Por último, señalaré el papel que realiza el trabajo social en salud mental y el rol que desempeña el profesional de trabajo social.

### 3.2. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término de la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”*. Para adentrarnos en el campo de la salud mental se hace necesario tener en cuenta los factores psicológicos y sociales para poder hablar de salud real.

La definición de enfermedad mental es más compleja, ya que afecta al cerebro y la conducta humana y es un concepto estrechamente ligado al concepto de salud mental, el cual, considerando la definición dada por Leal (2002) estaría considerado como *“un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás”*.

Además, existe un gran número de prejuicios en la sociedad en torno a los trastornos mentales, convirtiéndolos en enfermedades que afectan el transcurso normalizado de la vida de la persona que las padece, ya que dificulta el desarrollo normal de la persona en sociedad por el estigma que existe detrás de éstas y que sufre tanto la persona como su familia.

La definición de enfermedad mental más aceptada actualmente es la del autor George Engel (1977). Este autor define el concepto de enfermedad mental basándose en el modelo biopsicosocial que reconoce la relevancia de los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la vida de las personas. El proceso de este modelo se basa en el diagnóstico médico, psicológico y social, combinando el tratamiento farmacológico, psicológico y social.

En este marco teórico es donde adquiere importancia la profesión del Trabajo Social en la intervención con personas que padecen una enfermedad mental.

Para clasificar los trastornos mentales se tiene en cuenta la Clasificación Psiquiátrica de DSM V (2013) creada por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) que diferencia 19 grupos:

#### 1. Trastornos del neurodesarrollo

2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad
6. Trastorno obsesivo compulsivo
7. Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés
8. Trastornos disociativos
9. Trastornos de síntomas somáticos
10. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
11. Trastorno de la excreción
12. Trastornos del sueño-vigilia
13. Disfunciones sexuales
14. Disforia de género
15. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos de la conducta
16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
17. Trastornos neurocognitivos
18. Trastornos de la personalidad
19. Trastornos parafilicos

La enfermedad mental es percibida de diferente manera por cada persona, ya que en cada caso influyen una serie de factores tanto biológicos, psicológicos y sociales, la mayoría de las veces influidos por factores asociados al desarrollo vital de cada individuo. Nada tiene que ver el grupo social al que pertenece, ni al nivel socioeconómico personal ni siquiera un nivel cultural determinado. La enfermedad mental aparece por igual en la sociedad con apenas variaciones significativas de un sexo a otro, exceptuando determinados trastornos.

### **3.3. Factores sociales y enfermedad mental**

Como he mencionado anteriormente, en este apartado me centraré en el modelo biopsicosocial ya que es el más aceptado actualmente por reconocer los factores sociales con relación a la salud-enfermedad. Los factores sociales influyen en la aparición y desarrollo de las enfermedades mentales

ya que éstas están influidas por el contexto social y ambiental en el que se mueve el individuo.

En concreto, el conjunto de circunstancias personales, experiencias y el ambiente de desarrollo, facilitan la aparición de enfermedades mentales, así como el desarrollo y evolución de estas, por lo tanto, podríamos decir que la evolución de una enfermedad puede variar en función de las circunstancias sociales con las que conviva la persona, así como pueden favorecer o perjudicar la evolución de ésta.

Los aspectos sociales que pueden afectar la evolución de la enfermedad mental se dividen en factores protectores y factores de riesgo. Los factores protectores serían aquellos que se consideran positivos para prevenir la aparición de una enfermedad mental, tales como la satisfacción de las necesidades básicas de educación, vivienda y salud, contar con redes sociales de apoyo como la familia, grupos de amigos y la comunidad en general, el desarrollo personal y desarrollo de autoestima, tener experiencias afectivas positivas y estables o integración en la comunidad entre otros. Los factores de riesgo, por el contrario, son aquellos que influyen negativamente en la psique de la persona y, por tanto, propician la evolución de una enfermedad mental. Un ejemplo de factores de riesgo serían el aislamiento y la marginación, circunstancias sociales adversas, convivencia en ambientes de violencia y delincuencia, falta de integración en la sociedad o el abuso de drogas y alcohol.

### 3.4. Antecedentes: la atención a personas con Enfermedad Mental en España.

En el año 1985 se inició el proceso de Reforma Psiquiátrica con la publicación del informe de la Comisión Ministerial “Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental”. En base a este documento, con la nueva Ley General de Sanidad de 1986, se estableció un Sistema Nacional de Salud.

Este sistema se enfocó hacia un régimen comunitario, dejando atrás la atención asistencial que se basaba en los internamientos definitivos de las personas que padecían una enfermedad. Este nuevo sistema se caracteriza lo siguiente (Balanza 2008):

1. coordinación entre los equipos de atención primaria y atención especializada en salud mental
2. multidisciplinariedad dentro de los equipos de salud mental
3. unidades hospitalarias de corta estancia en hospitales generales
4. transformación de los hospitales psiquiátricos en instituciones rehabilitadoras
5. potenciación de los recursos intermedios, reduciendo la institucionalización de los usuarios facilitando su integración comunitaria
6. potenciación de un modelo que garantice la asistencia integral
7. atención especial a los grupos de riesgo mediante programas específicos: salud mental infantil y juvenil, drogodependencias y pacientes geriátricos

A pesar de todos estos avances todavía queda trabajo por delante para alcanzar una intervención integral en la atención a personas con problemas de salud mental. Entre los problemas que encontramos para alcanzar el éxito de la intervención, está la ausencia de un modelo consolidado de servicios entre las distintas comunidades autónomas

### 3.5. Análisis del tema

Los trastornos mentales comparten una serie de características comunes. Todos estos se caracterizan por la aparición de síntomas que dificultan el desarrollo de la vida tanto de la persona que los padece como de aquellas personas que están a su alrededor. No obstante, los síntomas de la enfermedad no siempre son los causantes de los conflictos, sino los prejuicios, la falta de información y la ausencia de recursos y apoyos que llevan consigo situaciones de estrés. Estas situaciones perjudican a los

miembros familiares que rodean a la persona que padece una enfermedad mental y a su vez dificulta el mantenimiento y la recuperación de la persona afectada por dicha enfermedad.

Partiendo de la hipótesis de que las enfermedades mentales vienen afectadas por la influencia de factores sociales, identificamos el trabajo social como profesión esencial para el correcto desarrollo de unos factores que favorezcan la evolución de la enfermedad.

El trabajo social se centra en como las personas interactúan con el entorno. El objeto de esta profesión según la definición de Escartín (1988) puede resumirse en el proceso de ayuda por el cual el profesional mediante técnicas y procedimientos propios promueve los recursos de la comunidad y del individuo, para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y otras personas.

El papel del trabajador social resulta determinante en la atención a personas que presentan problemas de salud mental. Al margen de un diagnóstico médico, es necesario identificar cuáles son las principales necesidades que presentan las personas que sufren una enfermedad mental, necesidades que nada tienen que ver con aquellas que son comunes al resto de la población. Estas necesidades son (sobrino 2007):

- atención y tratamiento de la salud mental
- atención en momentos de crisis
- rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
- integración laboral
- apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria
- apoyo económico
- protección y defensa de sus derechos
- apoyo a las familias

Todas estas necesidades tienen que ser atendidas en la intervención desde una perspectiva comunitaria. Para ello debemos apartar el estigma que se tiene hacia estas personas. Abandonar las ideas erróneas que se

tienen en relación con la enfermedad mental, como, por ejemplo, que una persona con una enfermedad mental no puede incorporarse al mundo laboral. Debemos desterrar los falsos mitos sobre las personas con enfermedad mental que existen actualmente en la sociedad. A continuación, mencionaré algunos de estos falsos mitos y cuál es su realidad:

MITO	REALIDAD
Son personas violentas	Las personas que toman medicación prescrita tienen un índice de delitos menor que la población general y aquellas que no tienen tratamiento prescrito, la mayoría de las veces comete actos autolíticos mas que violencia hacia otras personas.
No se recuperan nunca	Estas personas pueden ser autónomas, ser capaces de trabajar y participar activamente en comunidad.
Son menos inteligentes que la población en general	La inteligencia no tiene nada que ver con tener una enfermedad mental. No hay ningún tipo de relación directa entre los cambios de comportamiento y la pérdida de inteligencia.
Son personas vagas	Debemos diferenciar la personalidad del individuo de los síntomas que presenta debido al padecimiento de la enfermedad. La falta de energía muchas veces va relacionada con los propios síntomas de la enfermedad o



	pueden ser efecto secundario de la pauta de medicación.
--	---

### 3.6. Papel del Trabajo Social en salud mental

El trabajo social en la salud mental está enfocado a atender de un modo personalizado e individualizado las diversas necesidades que pueden surgir en las personas con una enfermedad mental.

El principal objetivo que tiene el profesional en esta área es el de contribuir, intervenir y avanzar en el proceso de mejora y rehabilitación del paciente. La meta es conseguir mejorar la calidad de vida de esta persona, al mismo tiempo que también se integra más en la sociedad.

El campo de la salud mental se caracteriza por la cantidad de profesionales que intervienen en ella: psicólogos, psiquiatras, enfermeros/as, auxiliares, etc. Y también trabajadores sociales. Uno de los puntos clave para el éxito en la recuperación de un paciente diagnosticado con una enfermedad mental es la comunicación y el trabajo de los diferentes profesionales.

*“un enfoque interprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta de eficacia y se caracteriza por la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar las situaciones y estrategias a seguir”* (Ramírez de Mingo, 1992)

### 3.7. Funciones del trabajador social en salud mental. Que rol desempeña el profesional de Trabajo Social.

Ha pasado mucho tiempo hasta que los trabajadores sociales han conseguido su propio hueco en este ámbito. Hasta hace unos años, nadie sabía que funciones podrían desempeñar estos profesionales en este sector.

Las funciones van variando en base al centro donde se prestan sus servicios y la finalidad de su servicio. Por un lado, si prestan atención directa, estarán

trabajando con individuos, familias y grupos que presentarán problemas sociales que puedan afectar a su salud.

Desde esta profesión, se trabajará en el análisis de la situación de riesgo y de necesidades individuales o familiares. También se realizará una valoración socio familiar, se elaborará el diagnóstico social y se planteará un plan de intervención que podrá estar integrado por funciones como acompañamientos, entrevistas, seguimiento o derivación a determinados recursos.

Por otro lado, si la función del profesional está enfocada a una labor preventiva o de inserción social, tratará de conseguir que el individuo se integre en el medio social y familiar de una manera normalizada. Esto tratará de hacerlo a través de diversos recursos e incluso con la creación de grupos de autoayuda, asociaciones, etc.

La enfermedad mental se caracteriza, entre otras cosas, por la pérdida de motivación, el aislamiento y la dificultad para entablar relaciones sociales. Esto puede generar una situación de exclusión social que afecte tanto al individuo como a la familia de este haciendo necesaria la intervención de la figura del trabajador social además del personal sanitario. Un aspecto para tener en cuenta es que las personas con salud mental tienden a sufrir rechazo social, por ello debemos trabajar en la normalización del individuo y de la situación para que esta no afecte a su entorno social.

El trabajador social es un profesional más dentro del equipo interdisciplinar que se encarga de la gestión de casos en salud mental, lo que quiere decir que gestiona, analiza y evalúa aquellos aspectos que son de su competencia. El principal objetivo del trabajador social es que los usuarios sean personas capaces de desarrollar estrategias para gestionar su propia vida de manera independiente y con autonomía.

La figura del trabajador social se ha convertido en un elemento clave en la intervención con personas con problemas de salud mental ya que ha logrado integrar lo social en la recuperación y mantenimiento del usuario. Los trabajadores sociales han desarrollado estrategias de cambio en los prejuicios

que existen contra las personas que padecen una enfermedad mental y trabajan en transmitir la importancia de integrar a todas las personas en la sociedad sean cuales sean sus circunstancias.

#### 4. El modelo de ACP en la intervención del Trabajo Social con personas con problemas de salud mental

Durante el presente proyecto he expuesto qué es y en qué consiste el modelo de atención centrado en la persona y cuál es el papel que desempeñan los profesionales del trabajo social en la atención a personas con problemas de salud mental. Llegados a este punto es momento de explicar cómo se aplica el modelo de atención centrado en la persona en la intervención con personas con problemas de salud mental desde el trabajo social.

Recordamos que el modelo de atención centrado en la persona persigue como fin que, la persona usuaria se convierta en el eje principal de la intervención y sea ella misma quien dirija su propia vida a fin de cumplir con éxito las metas que se plantea. En todo este proceso de intervención, el profesional de trabajo social actúa como acompañante de la persona durante el desarrollo y evolución del proyecto de vida del usuario procurando su autonomía y promoviendo el bienestar de estas personas. El objetivo es que el usuario siga teniendo el control de su vida cotidiana participando de forma activa en el desarrollo de su proyecto vital.

Para llevar a cabo una correcta aplicación del modelo es necesario establecer un plan de actuación que incluya las necesidades y deseos del usuario. Un plan que en todo momento se elabora con el consentimiento de la persona de manera consensuada con el equipo de profesionales que vayan a participar en la intervención. Para ello los profesionales deben informar en todo momento de cada detalle, beneficio o imprevisto que pueda aparecer durante el proceso. Todo el proyecto debe estar centrado en el proyecto vital de la persona.

Es importante establecer una forma de atención personalizada que permita al profesional mantener un trato cálido y cercano con la persona que está tratando

ya que esto facilitará el desarrollo del proceso y obtendremos una mejor valoración de este, al mismo tiempo que podremos prevenir cualquier situación de empeora o desprotección de la persona.

Es necesario atender de manera individual las necesidades de los individuos. Cada persona presenta una situación concreta diferente a las del resto, por ello hay que prestar atención a la continuidad de seguimiento que se va a realizar para cada caso concreto, en algunas ocasiones la frecuencia con la que atenderemos a una persona será mayor que en otros casos que precisen de menos atención.

El profesional de referencia debe ser quien se encargue de realizar un seguimiento y valoración del caso de los usuarios para reforzar el vínculo de la persona con el servicio que se ofrece y al mismo tiempo prevenir situaciones de desamparo o recaídas durante el proceso de intervención. Hay que prestar atención a los recursos que requiera la familia y el entorno más cercano del usuario, orientar y dar apoyo psicológico cuando sea necesario a estas personas es parte del trabajo que se desarrolla en el ámbito de la salud mental por parte de los profesionales.

No debemos olvidar que trabajamos con personas, cada una única e irrepetible, con una identidad individual y que forman el eje central de las actuaciones que llevan a cabo los profesionales. La dignidad y los derechos de los usuarios deben ser reconocidos y asegurarnos de que se tienen en cuenta en todo momento.

Desde hace ya varios años, se ha hecho hincapié en la importancia de implantar un modelo de atención centrado en la persona con el objetivo de mejorar la calidad de vida de aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, dependencia o desamparo y dependen de cuidados de otros, como pueden ser sus familiares y amigos más cercanos o incluso de los servicios e instituciones de atención sociosanitaria.

Lo innovador de este modelo frente a otros que están más orientados a los servicios es que tanto las personas implicadas como sus familiares forman parte de un papel más activo, constituyen el eje central de la atención y son el elemento principal en la toma de decisiones. Habitualmente, la atención recibida por parte

de otros modelos se planifica en base a las instituciones, a los recursos y los servicios que puede ofrecer, pues bien, desde el modelo de atención centrado en la persona la organización del plan de intervención se centra desde la visión individual del usuario, sus preferencias y deseos, así como sus capacidades para lograr la máxima autonomía personal en el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria con el apoyo tanto de sus familiares como del equipo de profesionales implicados en el proceso de transformación de la situación inicial hacia el bienestar de la persona.

La metodología del modelo de atención centrado en la persona parte de las elecciones propias de la persona y su red social. El equipo profesional ya no es quien determina qué es lo que necesita o no el usuario, sino que es la propia persona junto con sus familiares quien, habiendo sido informada previamente de las posibilidades de intervención, escoge cual es la que más se acerca a cumplir con sus intereses. Para reconstituir la forma de intervenir y que la persona empiece a formar parte de un papel activo de cara a elaborar un plan de intervención, hay que hacer ciertos cambios en los siguientes aspectos:

- Ambiente físico: es necesario crear un entorno acogedor, flexible, facilitador y con los apoyos necesarios a cada persona. Este tipo de entornos facilitan notablemente el bienestar personal del usuario.
- Equipo profesional: como he mencionado en párrafos anteriores, surge la figura del profesional de referencia. La colaboración del usuario junto con este profesional de referencia es clave para elaborar el plan de atención individualizado. La relación entre ambos debe construirse desde el respeto y la confianza para facilitar el proceso. El profesional de referencia debe conocer cuáles son los gustos, deseos y preferencias del usuario, así como su historia de vida.
- Familia: la familia adquiere un papel de participación muy significativo. El trabajo en conjunto de la persona usuaria, el equipo de profesionales y los familiares facilita la intervención en cuanto a conocer más datos sobre la biografía de la persona usuaria y su proyecto vital. La familia también forma parte de la toma de decisiones en relación con el cuidado de sus familiares.

- La comunidad: hay que tener en cuenta el papel de la persona usuaria en la comunidad, su red social y el entorno en el que se desenvuelve. Todas las actividades que surjan en el proceso de intervención pueden ser de ayuda a tener nuevos contactos sociales y facilitar la integración en la comunidad.
- La organización: los profesionales están en constante evolución a fin de mejorar la intervención, por ello, es importante revisar periódicamente la metodología que se emplea, incorporar nuevos instrumentos que ayuden a una mejor intervención y centrarse en que la persona siempre esté en centro de la organización.

Este modelo se desarrolla a partir de un proceso estructurado, de evaluación continua, de manera ordenada e introduciendo los cambios necesarios a medida que avanza el proceso de intervención.

#### 4.1. La intervención en personas con enfermedad mental

La enfermedad mental es un fenómeno tan variado como las personas que lo padecen, de manera que en cada una de ellas sus necesidades son distintas y únicas.

A nivel general y partiendo de la base de que cada persona es única, podríamos decir que las personas que presentan una enfermedad mental presentan una sintomatología parecida que:

- Genera problemas de comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con otras personas.
- Puede llegar a suponer un riesgo para su propia vida.
- Tiene repercusiones negativas en las distintas áreas del funcionamiento personal como la vida cotidiana, la educación, el empleo o las relaciones sociales.
- Precisa de continua atención sociosanitaria ya que la evolución de las enfermedades mentales es prolongada en el tiempo.

Más allá de los síntomas que tienen en común las personas con enfermedad mental, también nos encontramos limitaciones en su capacidad para intervenir socialmente y para funcionar de manera autónoma ante las diversas situaciones de la vida cotidiana.

La intervención con personas con enfermedad mental necesita un abordaje integral que incluya la atención sociosanitaria directa, intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia y una atención social, laboral, educativa y judicial.

#### 4.2. Plan de atención individualizado (PAI)

Los modelos de intervención son el método mediante el cual, el trabajador social recopila datos, elabora hipótesis, desarrolla los objetivos y plantea las estrategias y técnicas de actuación adecuadas orientadas a mejorar y mantener un estado óptimo de bienestar en las personas a quienes lo aplica. En el modelo de atención centrado en la persona se elabora el plan de atención individualizado.

Los objetivos del plan no se centran solo en proteger y amparar a la persona, sino en proveerla de los apoyos necesarios para garantizar la autogestión y vida independiente.

La información que se tiene en cuenta para cumplimentar el Plan de atención individualizado es:

1. Biografía, gustos, preferencias y deseos del usuario
2. Independencia/ dependencia
  - Salud: diagnósticos, salud percibida y principales objetivos en la intervención
  - Nivel funcional: fortalezas y principales objetivos en la intervención.
3. Autonomía/ heteronomía
  - Capacidad comunicativa: en referencia a la forma en la que la persona establece relaciones con su entorno, así como las posibles

dificultades que presente, teniendo en cuenta también aquellas referidas a la capacidad sensorial (oído, vista).

- Dimensión cognitiva: limitaciones, fortalezas y principales objetivos en la intervención
  - Dimensión emocional: dificultades, fortalezas e indicadores necesarios para el manejo de emociones.
  - Relación social: red social de apoyo existente, tipos de apoyo que precisa (emocional/ instrumental), unidad familiar, de convivencia, persona de referencia en el domicilio o comunidad, dificultades en las relaciones sociales y principales objetivos en la intervención (que se quiere conseguir).
  - Intereses ocupacionales de la persona: historia laboral, aficiones y ocio y tiempo libre y principales objetivos en la intervención.
4. Aspectos relacionados con cuidados especiales/ medicación que precise la persona
  5. Seguridad: incluye todas las medidas necesarias la preservar la integridad de la persona usuaria.

### 4.3. La figura del profesional de referencia

Una de las características del modelo de atención centrado en la persona es la introducción del profesional de referencia. Este nuevo elemento que lo diferencia de otros modelos aporta una serie de cambios orientados a generar el mayor bienestar posible en la persona usuaria. Además, este profesional tiene repercusión en todo el equipo profesional que participa en el proceso de intervención.

Los profesionales deben estar en constante formación por lo que es fundamental realizar reuniones periódicas y cursos formativos a fin de que interioricen todos los cambios que se pueden presentar a medida que avanza la intervención.

El profesional de referencia es el encargado de la recogida de información, registros de incidencias, cualquier cambio acontecido y la creación de estrategias de solución a estos cambios cuando sea necesario.



Para determinar quien se encarga de adoptar el papel de profesional de referencia se tiene en cuenta quien es aquella persona con la que el usuario siente más afinidad y confianza a la hora de expresarse. De esta forma podremos conocer su biografía y el estilo de esta actualmente, lo que ayudará a realizar una mejor intervención de calidad y con éxito. No debemos olvidar que durante este proceso vamos a obtener mucha información íntima que tenemos que manejar garantizando la confidencialidad.

Sin embargo, el profesional de referencia no es la única figura que participa a la hora de establecer un plan individualizado de intervención. Es bueno que el proceso está compuesto por un equipo multidisciplinar diverso para recabar más información que nos será de utilidad para alcanzar los objetivos. Todo el equipo debe reunirse y hacer una puesta en común de toda la información recopilada para no dar lugar a confusiones y equivocaciones en la manera de intervenir, deben ponerse de acuerdo de manera que todos estén satisfechos con las decisiones que se vayan tomando para lograr el éxito de la intervención. Cada decisión debe ser aprobada en consenso por todo el equipo multidisciplinar con el objetivo de beneficiar lo máximo posible a la persona usuaria y sus familiares.

#### 4.4. Características concretas para la intervención con personas con enfermedad mental

la intervención con personas con enfermedad mental requiere de un abordaje integral que incluya la atención sanitaria directa con intervenciones psicosociales y rehabilitadoras, intervenciones sobre el medio social y apoyo a la familia y atención social, laboral, educativa y judicial.

La atención a estas personas necesita la integración de distintos niveles de atención y distintos tipos de intervención que deben ir de la mano y que integren objetivos como la autonomía, calidad de vida, bienestar personal y potenciar la participación social para incentivar la recuperación personal del usuario. La atención a la enfermedad mental debe hacer frente a las distintas necesidades de la vida cotidiana. Esto quiere decir que la atención a estas personas debe integrar intervenciones psicosociales en la red de salud mental formada por equipos interdisciplinares que trabajen en conjunto.

La carencia de alternativas residenciales y un sistema de soporte comunitario hace que la responsabilidad del cuidado recaiga en muchas ocasiones sobre los familiares, lo que genera situaciones de sobrecarga y tensión en el ámbito familiar. Además, la falta de estos servicios está en la base de la marginación social.

#### 4.5. Proceso de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental en Castilla y León

La asignación de recursos para personas con discapacidad por enfermedad mental realiza a través del Equipo Mixto Provincial. La Comisión del Área Psiquiátrica es quien realiza las propuestas de necesidades sociales a cubrir por los Equipos de salud Mental a la Comisión Mixta Provincial Sociosanitaria.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria están compuestas por profesionales que realizan la prestación directa de servicios sociales y sanitarios con el fin de crear una relación entre servicios sociales y ámbito sanitario y garantizar una correcta gestión de los casos que requieran la presentación de ambas, así como detectar las necesidades de mejora tanto del proceso de intervención como de los recursos que se requieran. Decreto 74/2000 de 13 de abril, por el que se crea y regula la Estructura de Coordinación en Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León y Decreto 59/2003 de 15 de mayo por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

Los Equipos de Coordinación de Base son estructuras de coordinación sociosanitaria básicas de primer nivel que prestan una atención directa a los ciudadanos. Gestionan los casos sociosanitarios y detectan cuales son las necesidades de mejora tanto de los servicios como de los recursos. Tratan de atender los casos que son más complejos de manera individual. Entre sus funciones destacan las de atender a grandes dependientes, personas con trastorno mental grave, personas mayores, discapacidad, etc.

La metodología con la que trabajan los Equipos de Coordinación de Base es la gestión por procesos aplicada a la gestión de casos y la herramienta que se utiliza para el trabajo conjunto es la Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria. Esta metodología trata de modificar las necesidades

sociales y sanitarias que requiere la persona y familia mediante intervenciones que aporten ese elemento para lograr el cambio de la situación de partida siempre hacia la mejora y el bienestar del usuario y la familia. La planificación se plantea de manera conjunta entre los distintos profesionales que participan en el proceso de una forma coordinada desarrollando las actividades que ha consensuado el Equipo de Coordinación Base. Las fases que sigue este proceso son:

- Detección del caso
- Valoración multidisciplinar de los distintos profesionales
- Poner en marcha un plan de intervención conjunto formulando objetivos en términos de mejora e identificando los servicios más adecuados al caso en concreto
- Seguimiento y cierre del caso, así como la evaluación de este

#### 4.6. Caso práctico en el que se apoya la teoría

##### **Justificación**

Para justificar el caso práctico, a continuación, explicaré el recurso de atención en el que se enmarca la red de atención a la que pertenece dicho recurso.

Hablaré de la entidad en la que realicé las prácticas universitarias. El Puente Salud Mental Valladolid es una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que surgió en marzo de 1991. La misión de dicha entidad es mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y la de sus familias, así como la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo FEAFES.

Desde El Puente Salud Mental se prestan diferentes servicios en múltiples ámbitos, que dan cobertura a las necesidades y demandas de personas con problemas de salud mental mediante un enfoque comunitario centrado en la persona:

- Centrado en la persona y en sus soluciones

- Favoreciendo en lo posible la participación en la comunidad y el uso normalizado de sus recursos
- Dando apoyo psicológico constructivista, positivo y nutritivo, orientado a la persona y a su entorno y dotándolos de herramientas para solucionar problemas.

El ámbito de actuación está localizado en la provincia de Valladolid, la sede principal se encuentra en la ciudad de Valladolid y tiene varias delegaciones en Medina de Rioseco, Tudela de Duero y Rueda que ofrecen todo tipo de ayuda gracias al apoyo de socios y voluntarios, además de un equipo destacado de profesionales.

Es un movimiento asociativo que une a todas las personas con problemas de salud mental, sus familias y su red social, facilitándoles la voz y representación y ofreciendo servicios con un modelo de atención comunitaria. Las principales características de los servicios que ofrecen son:

- El servicio de acogida cercano, de atención individualizada, de apoyo y autoayuda
- La promoción de la inclusión social y laboral del colectivo
- La impulsión de un cambio hacia una sociedad con una visión positiva e integradora

Los valores en los que se apoya El Puente Salud Mental Valladolid son:

- Democracia
- Solidaridad
- Transparencia
- Justicia
- Equidad
- Confianza
- Respeto
- Compromiso

## **Servicios y áreas de actuación**

### **Área de Promoción de la Autonomía Personal e Inclusión Social**

Desde esta área se pretende alcanzar el mayor grado de autonomía personal a través de intervenciones grupales e individuales y tiene como objetivo la mejora de la calidad de vida e integración comunitaria del usuario.

Las personas con problemas de salud mental requieren unos apoyos específicos a cada caso que les permitan mantener o mejorar sus habilidades para conseguir el mayor grado de autonomía personal posible. Para ello, se requiere una intervención integral en los distintos ámbitos de su vida adaptando los apoyos a cada caso específico.

### **Área de Empleo y Formación**

#### **Centro ocupacional**

#### **Atención en el Medio Rural**

#### **Área residencial**

El proceso de atención se divide en diferentes fases:

Derivación: La persona viene derivada del Centro de Salud Mental

Acogida: En esta parte, la persona es informada acerca de los recursos a los que puede acceder, así como los apoyos que se le pueden ofrecer y se le abre una ficha técnica en la que se recogen aspectos personales como el motivo por el que decide acudir a la entidad, si tiene o no un diagnóstico psiquiátrico y una valoración de dependencia en caso de ser necesario, .... En mi caso, realicé varias intervenciones con distintos usuarios en diferentes ámbitos.

Evaluación: Los profesionales valoran las áreas personal, social y ocupacional de los usuarios con el objetivo de detectar cuales son las necesidades y potencialidades de la persona para poder planificar la intervención individualizada en cada caso concreto.

Intervención: grosso modo, los servicios que ofrece la entidad son:

- Acompañamiento durante todo el proceso rehabilitador y de mejora de la situación de dependencia
- Actividades dirigidas a la adquisición de estrategias para el manejo de habilidades en actividades básicas de la vida diaria
- Apoyo y asesoramiento tanto del usuario como de los familiares
- Apoyo psicosocial personalizado a cada usuario

Dentro de las diferentes áreas de actuación, la labor de los profesionales es presentarse como una figura de apoyo que acompaña a la persona respetando su dignidad y reconociéndose como individuo pleno de derechos para que desarrolle sus potencialidades y adquiera autonomía.

Los/as educadores/as sociales se encargan de impartir los talleres, realizar el acompañamiento en las distintas actividades que realiza la persona usuaria, seguimiento y evaluación. Este seguimiento se realiza durante varios meses, dependiendo la persona y el nivel de autonomía, y una vez finalizado, se pone en común con el resto de los profesionales los resultados obtenidos. Estos resultados tienen como base el PIA (Plan Individualizado de Atención), en el que el usuario recoge cuáles son sus gustos e intereses, así como las metas que desea alcanzar.

### **El caso elegido**

En primer lugar, aclaró el porqué de la elección de este caso. A pesar de haber realizado varias intervenciones con muchos usuarios, este caso probablemente fue uno de los que más me impactó. El trabajo que realicé con Álvaro no fue nada fácil debido a las constantes recaídas que sufría. Con Álvaro hubo que abordar varios temas fundamentales para su rehabilitación psicosocial como su entorno familiar, amistades, búsqueda de empleo y marcar una rutina entre otros.

Él es consciente de las limitaciones que tiene, aun así, pone todo de su parte para superarse día a día; Álvaro ha necesitado hacer salidas periódicamente, paseos cortos de 15 a 20 minutos, para relacionarse con su entorno y poco a poco normalizar su situación.

Es usuario de la entidad desde el año 2016, momento en que se ponen en marcha los recursos necesarios para realizar la intervención.

El eje central de este trabajo es “Trabajo Social, Salud Mental y Modelo de Atención Centrada en la Persona”; Álvaro desde el primer momento de su enfermedad vive aislado en casa, con miedo al exterior y no cuenta con una red social estable más allá de los miembros de su familia con los que convive, su madre y su padre. El modelo de atención centrado en la persona se aplica con Álvaro recopilando cuáles son sus aficiones y metas para poder adecuar el plan de intervención a su situación. El papel de la familia durante todo el proceso ha sido fundamental ya que han facilitado mucha de la información que aquí se recoge a fin de que Álvaro tuviera una rehabilitación psicosocial de éxito.

### **Metodología**

La metodología del diario de campo se basa en la recogida de informes elaborados después de cada sesión con Álvaro. La atención que ofrecía la entidad era el Servicio de Atención a Domicilio, así que, además de los apuntes que se recogían durante las sesiones, al acabar, la tutora de prácticas a la que acompañaba y yo, redactamos todo aquello que sacamos de las palabras de Álvaro y su familia y aspectos que creíamos importantes para poder dar con las soluciones precisas.

Todas las sesiones eran presenciales, tanto con el padre y la madre como con Álvaro, al que además le encantaba que fuéramos a visitarlo y poder charlar con personas diferentes a las de su núcleo familiar. Toda la información que recopilamos era puesta en conocimiento de Álvaro en todo momento, ya que tanto los aspectos positivos como los negativos le servían de gran ayuda para enfrentarse a su mayor miedo, salir de casa.

Considero de gran importancia destacar que el estado de ánimo de Álvaro, aunque cambiante, siempre tendía a un pensamiento positivo, cosa que ayudó en gran medida a los avances que iba experimentando día a día.

Toda la información biográfica que puede atacar la intimidad de Álvaro y su familia ha sido eliminada. Además de aplicar la Ley de Protección de Datos, desde el Trabajo Social los profesionales velan por el respeto a la intimidad de los usuarios.

## Desarrollo del caso

Álvaro nació en Valladolid hace 18 años. Es hijo único. Vive con su madre y su padre, ambos con un trabajo estable. Su madre fue diagnosticada de depresión y ansiedad hace 2 años.

A la edad de 16 años, sale del instituto y cuando llega a casa comunica a su familia que no va a acudir más a clase. Desde este momento Álvaro se encierra en casa y poco a poco va dejando de salir incluso a la calle con sus amigos de siempre.

En el instituto, Álvaro nunca fue un chico muy sociable, aunque pertenecía a un grupo reducido de amigos con los que jugaba al fútbol y salían de vez en cuando. Sus calificaciones eran buenas y tenía aspiraciones de acudir a la universidad cuando finalizara el instituto.

Sus padres dicen que Álvaro tuvo una infancia feliz y nunca sospecharon que pudiera tomar la determinación de no volver a salir de casa, lo que para ellos supuso un gran impacto.

En 2018 acuden sus padres a la entidad en busca de ayuda ya que dicen, que además de no querer salir a la calle, solo pensarlo le produce ataques de ansiedad muy graves por los que han tenido que llamar a la ambulancia en varias ocasiones. Además, ha desarrollado “manías”, según relata su padre, como, por ejemplo, no querer estar cerca de cuchillos por miedo a auto lesionarse o lesionar a alguien de su alrededor. En otra ocasión, empezó a comprobar que había apagado la tele y su PlayStation de forma obsesiva porque no recordaba haberlo hecho.

Su madre cuenta que un día, en un intento desesperado por que saliera de casa, le suplicó que la acompañara a hacer la compra y después de sufrir un ataque de ansiedad, Álvaro decidió enfrentarse a su mayor miedo y llegar hasta el coche, pero no pudo bajar al llegar a la puerta del supermercado.

Después de varias sesiones en su domicilio, Álvaro fue diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo y agorafobia, además de depresión y ansiedad.



Desde la entidad, se intenta que Álvaro establezca y recupere relaciones significativas para él, vuelva a tener contacto con el exterior y retome sus estudios.

### **Derivación a la entidad**

El 4 de febrero de 2018, Álvaro es derivado a la entidad para recibir asistencia a domicilio de parte de la trabajadora social y el psicólogo. Teniendo en cuenta que solo pensar en salir de casa le produce gran ansiedad, el equipo decide que la realización de actividades y talleres será en su domicilio. Álvaro ha perdido prácticamente toda relación con sus amistades del instituto por lo que las únicas personas de su entorno son su padre y su madre, con los que la relación también está empezando a ser muy tensa.

Situación familiar y social: Álvaro presenta grandes dificultades para poder llevar a cabo una vida normalizada. La relación con su padre es nula ya que ha dejado de recibir apoyo por su parte. El padre dice que lo que le pasa es que es un vago y no quiere estudiar ni trabajar, solo vivir del cuento. Álvaro se siente incomprendido y cada vez con menos expectativas de poder afrontar su miedo a salir de casa. Su madre, por el contrario, intenta entenderle y ayudarle en todo momento. Los distintos puntos de vista entre ambos progenitores hacen que se produzcan múltiples discusiones en casa, lo que a Álvaro le afecta negativamente. Con sus amigos ya no se relaciona. Su único contacto fuera de su casa es un primo que forma parte del antiguo grupo de amigos de Álvaro. A veces juegan online a la PlayStation y mantienen largas conversaciones por teléfono.

Situación económica: Álvaro depende económicamente de sus padres. Él no ha tenido nunca ingresos económicos y cada vez ve más lejos la posibilidad de obtener un trabajo sin haber acabado sus estudios y sin salir de su domicilio a obtener experiencia laboral.

Hábitos de alimentación, sueño e higiene personal: Álvaro no tiene una rutina establecida ya que hay temporadas que duerme muchas horas al día y otras sin embargo que puede pasarse noches en vela y dormir unas pocas horas durante el día. Esto le impide que su horario de comidas sea el que establece su núcleo

familiar, de manera que no suele comer mucho y si lo hace es entre horas y nunca llevando una dieta equilibrada. Físicamente ha adelgazado mucho en los últimos meses y dice sentirse muy débil. Su madre es la que se encarga de que mantenga una higiene diaria ya que Álvaro muchos días dice no acordarse si se ha cambiado de ropa.

Cuando se le presenta la posibilidad de realizar actividades en su domicilio, Álvaro muestra interés y parece estar motivado para salir de su rutina. Acepta las visitas periódicas de la trabajadora social y el psicólogo para llevar a cabo el seguimiento y comprobar si hay avances. Al principio fue imposible que Álvaro acudiera a la entidad para realizar talleres y recibir asesoramiento profesional tanto para retomar sus estudios como para recibir una orientación laboral.

Las visitas por parte de la trabajadora social y el psicólogo se realizaron tres veces por semana durante el primer mes, hasta reducirlas a una vez por semana teniendo en cuenta que no tardó en adquirir gran autonomía, así como en el control de sus impulsos y emociones. Al finalizar las sesiones con Álvaro, a veces, se mantenían breves entrevistas con el padre y la madre, a veces con él presente y otras no.

Al cabo de varias semanas se le propuso salir de su domicilio a dar un paseo breve por su pueblo. Al principio se negó a salir de casa y sus manos empezaron a temblar, parecía que le iba a dar un ataque de ansiedad. Enseguida se retiró la propuesta y pareció tranquilizarse, entonces nos contó que solo el hecho de pensar en poner un pie en la calle y tener que cruzarse con muchas personas le producía pánico. Después de este hecho se establecieron una serie de actividades que, puestas en común con el resto de los profesionales de la entidad, eran adecuados para que Álvaro retomara el contacto con otras personas fuera del núcleo familiar y con el entorno fuera de su domicilio. También, se mantuvo una sesión únicamente con su padre para que le apoyara y dejará de “machacarle” como explicaba Álvaro.

Teniendo en cuenta que seguía manteniendo contacto con su primo, se propuso que éste acudiera a su domicilio a visitarlo de vez en cuando. Su primo aceptó la propuesta desde el primer momento y acudía casi a diario a charlar con él. Salían al jardín, jugaban a las cartas y mantenían conversaciones durante horas

acerca de distintos temas. Las visitas por parte de su primo fueron determinantes para que Álvaro echara de menos las salidas con su antiguo grupo de amigos y empezará a valorar la posibilidad de salir de casa acompañado por alguien.

Después de una semana él mismo nos pide salir de casa. Yo desconocía su pueblo y le pedí que me lo enseñara en un paseo breve, hasta que él considerase que era suficiente. Poner un pie fuera del domicilio fue lo que más le costó. Decía que se mareaba, no se encontraba bien y le producía náuseas el movimiento que había en la calle. Al cabo de un rato, con los dos pies fuera del domicilio, pero con la puerta abierta, se decidió a caminar hacia delante y no mirara a la puerta. El paseo duró unos 10 minutos aproximadamente, para Álvaro fue todo un logro después de 2 años sin haber vuelto a pasear por su pueblo. En las sesiones posteriores los paseos fueron siendo cada vez más largos hasta que un día al cabo de cinco meses, ni siquiera se daba cuenta de que estaba fuera de su domicilio. Se sentía bien y ya no le producía temor cruzarse con grandes grupos de gente, lo había conseguido.

El siguiente paso fue que Álvaro terminara su formación académica en el instituto. No dudó en retomar las clases y terminar la ESO, tanto que finalizó con unas notas excelentes los exámenes y se planteó encontrar un trabajo. En la entidad acudió a orientación laboral donde se le expusieron las posibilidades de empleo a las que podía optar teniendo en cuenta que solo había realizado los estudios de secundaria obligatorios. No le costó encontrar un empleo y ponerse a trabajar.

A día de hoy, Álvaro es una persona independiente, con un empleo estable, una red social sólida y sus relaciones en el entorno familiar han mejorado considerablemente. Todo el trabajo realizado por parte de los profesionales al frente del caso de Álvaro fueron imprescindibles para llevar a cabo una intervención personalizada que con el tiempo acabó dando sus frutos.

A continuación, adjunto los objetivos de intervención, para la rehabilitación de Álvaro, de parte del equipo profesional y el diario de campo que recoge todas las sesiones que se realizaron. Aquí adjunto las más relevantes.

## Diario de campo

Fecha: 05/02/2018

Primera sesión con Álvaro. Durante toda la sesión Álvaro estaba muy nervioso. Nos cuenta su situación, su temor a salir de casa y estar con mucha gente reunida. Se le plantea la posibilidad de realizar actividades en casa para que no tenga que acudir a la entidad y parece motivado y dispuesto a hacerlo. De momento no se plantea la salida del domicilio, ya que al mencionar que poco a poco podría empezar a salir, se pone muy nervioso y le tiemblan las manos.

El primer objetivo es que realice actividades que le ayuden a salir de la rutina que tiene establecida dentro del domicilio familiar. Se le exponen los talleres que se podrían realizar y parece interesado en las clases de informática y jardinería.

En la próxima sesión valoraremos como se adapta a las actividades.

Fecha: 07/02/2018

En esta segunda sesión se acuerda con Álvaro los días de visita semanales por parte de la trabajadora social y el psicólogo. Su estado de ánimo es optimista y dice tener esperanza en lograr volver a salir algún día, aunque todavía es muy pronto. Parece relajado y tranquilo después de esta segunda visita y entonces nos comenta lo siguiente:

*“Últimamente he estado pensando mucho en que me da miedo hacerme daño a mi mismo o a mis padres. No puedo estar cerca de los cuchillos cuando entro en la cocina porque siento que cualquier día me va a dar por coger uno y hacerle daño a alguien. Creo que estoy loco y acabaré haciendo algo de lo que me arrepienta”*

Después de escuchar estas preocupaciones decidimos hablar con los padres para ver si ellos tienen conocimiento de estos hechos, a lo que la madre nos cuenta:

*“Lleva así una semana. Cuando nos sentamos a comer yo me encargo de cortar toda la comida y guardar inmediatamente los cuchillos antes de que el entre en la cocina. Mi marido y yo tenemos claro que Álvaro jamás nos haría daño, pero lo que nos da miedo es que si se lo pueda hacer a sí mismo.”*

Le comentamos a Álvaro que sería bueno que hiciese un taller sobre control de emociones para aplacar todos esos miedos que le surgen. Acepta la propuesta y lo ponemos en conocimiento del psicólogo de la entidad para que le facilite estrategias de control de emociones.

Fecha: 09/02/2018

Hoy Álvaro está algo inquieto y dice no haber pegado ojo en toda la noche. Ha tenido pesadillas y dice tener miedo de quedar atrapado en un sitio muy pequeño y no poder respirar. Está muy angustiado y nervioso como para realizar alguna actividad y nos pide charlar simplemente.

Le pedimos que se desahogue y entonces nos cuenta:

*“Quiero salir, pero no puedo. A veces siento que me voy a quedar encerrado en estas cuatro paredes de por vida. Lo único que me hace evadirme de mis problemas es jugar a la PlayStation, al menos no pienso durante horas en que estoy loco”*

Debido al estado de nerviosismo de Álvaro se decide no realizar ninguna actividad de las planteadas en sesiones anteriores, pero se acuerda con él empezar la semana próxima con los talleres.

Fecha: 12/02/2018

Llegamos al domicilio de Álvaro y estaba ansioso por comenzar con la actividad de jardinería. En la parte trasera de su domicilio hay un patio con un pequeño jardín y unas cuantas macetas en las que no hay nada plantado. Durante la hora y media que estuvimos plantando semillas y trasplantando unos cuantos aloe vera, Álvaro está alegre y conversa sin parar. Entonces nos cuenta que cuando se pone nervioso le empieza a doler mucho la tripa y tiene náuseas, a veces no puede evitar devolver. En el instituto le pasaba a menudo y sus compañeros se reían de él.

Álvaro está muy agitado después del taller de jardinería. Nos cuenta que hacía por lo menos dos años que no pasaba tanto tiempo al aire libre, ni siquiera en el patio de su domicilio. Siente que ha sido un gran paso para poder volver a salir y está motivado para intentarlo.

Hablamos con sus padres que están realmente sorprendidos con la cantidad de tiempo que Álvaro ha pasado fuera y dicen haber recuperado la esperanza en que salga de casa y retome sus estudios.

Fecha: 14/02/2018

Nada más llegar al domicilio de Álvaro nos recibe su madre. Nos comenta que Álvaro esta muy mal y que ayer tuvo que venir la ambulancia porque le dio un ataque de ansiedad. El motivo fue que, después de haber pasado tanto tiempo en el jardín, pensaron que estaba preparado para salir y le pidieron que fuera a hacer la compra con ellos. Álvaro no se bajó del coche y el nerviosismo fue aumentando hasta que al llegar a casa no podía respirar.

Álvaro nos cuenta que él aceptó bajar a comprar porque estaba decidido a salir. Le explicamos que es un cambio muy fuerte y debe hacerlo progresivamente, pero lo que es un gran cambio realmente es su actitud frente a la negativa constata que ha tenido durante dos años a salir de su domicilio. Ahora esta relajado y decidido a que en las próximas sesiones demos un paseo corto.

Fecha: 28/02/2018

Ante la negativa durante varias sesiones a salir a pasear, le explicamos la importancia de la motivación que poco a poco ha ido adquiriendo en cada sesión. Su salida al exterior, cuándo esté preparado, sería muy beneficiosa para retomar relaciones sociales con sus amigos y poder acabar sus estudios. De momento no se ve preparado para salir del domicilio.

Fecha: 05/03/2018

El psiquiatra cambia la medicación de Álvaro y aumenta la dosis de ansiolíticos.

Fecha: 13/03/2018

El cambio de medicación de la semana pasada ha afectado mucho a Álvaro. Se encuentra muy cansado y dice no poder pensar con claridad. Acordamos una sesión para la siguiente semana.

Fecha: 21/03/2018

Durante las semanas anteriores, su primo ha estado acudiendo al domicilio a ver a Álvaro. Él está contento, dice que echa de menos salir con sus amigos y que su primo le ha ayudado mucho a recuperar la motivación.

*“Soy consciente de que mi primo no va a estar viniendo a verme eternamente. Él sale a la calle siempre que quiere y conserva sus amistades de toda la vida, se acabará cansando de mí.”*

*“Quiero volver a salir con mis amigos a divertirme por el pueblo y acabar de estudiar.”*

Después de decirnos esto, decide que va a mentalizarse para salir a pasear con nosotras.

Fecha: 29/03/2018

Llegamos al domicilio de Álvaro y está vestido con ropa de calle. Dice que quiere salir. Lleva tiempo saliendo todas las tardes al jardín con su primo y se siente muy bien.

Al abrir la puerta del domicilio y mirar al exterior Álvaro tiembla. Tarda varios minutos en pensárselo ya que empieza a marearse. Nos dice que tiene náuseas y está nervioso. Al cabo de un rato pone un pie fuera del domicilio, respira hondo y sale.

Empezamos a andar por el pueblo y Álvaro se va relajando. Al cabo de unos 10 minutos aproximadamente nos pide que volvamos al domicilio y así lo hacemos.

Al llegar a casa está eufórico, lo ha conseguido.

Las semanas posteriores a la primera salida de Álvaro de su domicilio, cada sesión paseamos durante diez o quince minutos. Es hora de que vuelva al instituto y termine los estudios secundarios obligatorios para más tarde abrirse camino al mundo laboral.

## 5. Conclusión

A lo largo del presente trabajo de fin de grado he explicado que es el Modelo de Atención Centrada en la Persona y en qué consiste para poder hacer un análisis de cómo se aplica en la profesión de trabajo social enfocándome en el colectivo de personas con problemas de salud mental. Este modelo tiene como fin último que aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia o vulnerabilidad debido a sus circunstancias surgidas por la aparición de la enfermedad mental sean lo más autónomas posibles y sean capaces de llevar a cabo con éxito su proyecto de vida.

Se ha estudiado con detenimiento cuáles son los factores sociales que intervienen a la hora de identificar porque se ha desarrollado una enfermedad mental, estableciendo que estos se dividen en factores de riesgo y factores protectores. La ausencia de factores protectores potenciará la aparición de la enfermedad mental en el individuo. Hemos aprendido de dónde venimos, cuáles son los antecedentes de la atención a personas con enfermedad mental en España y he determinado que una de las grandes dificultades para llevar a cabo todavía hoy en día, intervenciones de éxito, es la ausencia de un modelo común a todas las comunidades autónomas que ofrezca los mismos servicios y oportunidades a los ciudadanos que padecen una enfermedad mental.

Así mismo, ha quedado reflejada la importancia de que la profesión de Trabajo Social se haya adentrado en esta problemática, ya que una enfermedad mental no es un asunto que puede ser paliado simplemente a través de los servicios médicos, el trabajador social es un agente clave en el mantenimiento y recuperación de estas personas, ya que no se centra tanto en qué tipo de enfermedad padecen las personas, sino en que objetivos, metas y sueños tienen estas personas. La aparición de una enfermedad mental en la vida de un individuo no significa que su vida se paralice y tenga que depender a partir de ese momento de otros para sus cuidados o del sistema de servicios sociales. Con un enfoque adecuado



de la situación y potenciando las cualidades positivas de la persona lo que hacemos es abrirnos camino hacia el empoderamiento y la autonomía personal de las personas afectadas por una enfermedad mental.

La implicación de la red social de la persona con enfermedad mental es fundamental ya que forman el pilar básico de apoyo de esta. Por ello, no debemos olvidarnos de intervenir también con las familias, facilitándoles toda la información necesaria, así como las distintas estrategias de atención que puedan serles de ayuda para la recuperación del familiar afectado y que su desempeño en el ámbito familiar sea de calidad.

En este trabajo apuesto por un Trabajo Social de calidad, donde los profesionales son de gran importancia en la intervención, recuperación y mantenimiento del colectivo de personas con problemas de salud mental. Además, toda su intervención basada en el Modelo de Atención Centrada en la Persona pone al individuo como núcleo principal de la acción, donde los trabajadores sociales tienen el papel fundamental de empoderar a esa persona apoyándola a conseguir sus metas partiendo de sus capacidades. Cada persona es un ser único e irrepetible, con deseos diferentes unos de otros y hay que tener presente que la enfermedad mental no afecta de la misma manera a todas las personas que la padecen, aunque compartan ciertos síntomas.

Para que la aplicación del Modelo Centrada en la Persona se lleve a cabo de manera exitosa es fundamental la coordinación entre los distintos profesionales que se implican en cada caso. La coordinación de estos profesionales de distintas áreas evitara diagnósticos contradictorios que entorpezcan el correcto desarrollo de la intervención y en definitiva, no perdamos de vista nuestro objetivo principal, el bienestar del usuario.

Entre los servicios a los que se recurre frente a una problemática como es la enfermedad mental, he destacado el trabajo que se desempeña desde los Equipos de Promoción a la Autonomía Personal. Estos equipos

desarrollan una actividad diaria, profesional y de calidad para dar cobertura a todas aquellas personas que se encuentran en situaciones de alto riesgo, vulnerabilidad, exclusión social, o que el resto de los recursos han fracasado en su desempeño. Pero también existen otras alternativas y recursos sociales y sociosanitarios para personas con enfermedad mental.

Para concluir, me gustaría afirmar que esta profesión es muy cambiante, según evolucionan los tiempos surgen nuevas necesidades y desaparecen otras, por ello la disciplina del Trabajo Social debe estar en constante evolución y aprendizaje para poder afrontar las nuevas demandas de necesidades que puedan surgir. Esta profesión es una puerta de acceso al crecimiento personal ya que cada experiencia puede ser enriquecedora y servir de gran ayuda a muchas personas.

## 6. Bibliografía

(Organización Mundial de la Salud. (2020)). Calidad de vida. Recuperado de: <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/calidad-de-vida/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20%28OMS%29%20define,objetivos%2C%20sus%20expectativas%2C%20sus%20normas%20y%20sus%20inquietudes.>)

Fuente: [Estudio Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona \(AICP\), de Pilar Rodríguez Rodríguez](https://mitcentrodedia.es/atencion-centrada-en-la-persona/) (Fundación Pilares) <https://mitcentrodedia.es/atencion-centrada-en-la-persona/>

(M<sup>a</sup> José Nova. (30/05/2017). Implantación del Modelo de atención centrado en la persona). <https://www.aita-menni.org/es/noticias/implantacion-modelo-atencion-centrado-persona-11099.html>

Fuente: (Teresa Martínez, 2013. En: [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com) ).

Hernández, B. (2013). Trastorno Mental Severo : Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social - Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 52, 314–325.

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). **Madrid**: Editorial Médica Panamericana. [ISBN 978-8-4983-5810-0](https://www.editorialmedica.com/ISBN/978-8-4983-5810-0).

Haven, N., & Unidos, E. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones, 37(131), 189–205.

Rascón Gasca, M. L., Díaz Martínez L., R., López Jiménez, J. L., & Reyes Ruiz, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 20(SUPPL. 2), 55–64.

El Trabajo Social en salud mental. (2010). *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(0), 333-352–352. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8335>

Urizarna-Varona, S., Ruiz, P., Naharro, L., Martínez, I., Sáenz, I., & Carriquiri, J.-C. (2018). Planificación Centrada en la Persona: metodología de apoyo para que cada persona con discapacidad dirija su vida. La experiencia de ASPRODEMA.

*Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(0). <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i0.6686>

Luis Tomás Gómez Parada, P. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social, 1–8. Retrieved from [https://www.margen.org/suscri/margen86/parada\\_86.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen86/parada_86.pdf)

Jobe, I., Lindberg, B., Engström, A. (2020). Health and social care professionals experiences of collaborative planning-Applying the person-centered practice framework. *European Regional Development fund and Division of nursing, Department os Health Science, Lulea University of Technology*. 2019-2028. <https://doi.org/10.1002/nop2.597>

Alfaro Latorre, M., Santos Ichaso Hernández-Rubio, M., Fernández Quintana, A. I., & Jiménez Fernández, A. J. (2010). *Instituto de Información Sanitaria. Atención a la salud mental. Organización en las comunidades autónomas. Sistema de Información de atención primaria* (pp. 1–101). Recuperado de: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Hernán García, M. (2013). *Activos para la salud y promoción de la salud mental*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

El Trabajo Social en salud mental. (2010). *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(0), 333–352. <https://doi.org/10.5209/CUTS.8335>

Viscarret, J. J. (2009). Modelos de Intervención en Trabajo Social. En T. Fernández (coord.), *Fundamentos del Trabajo Social*, pp. 293-344. Madrid: Alianza.

*Modelo de Atención Centrada en la Persona*. Trabajo Social World. (2016). Recuperado de: <https://trabajosocialworld.wordpress.com/2016/05/26/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona/>.

*¿Qué es la Atención Centrada en la Persona?*. Inforesidencias.com. (2020). Recuperado de: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/-que-es-la-atencion-centrada-en-la-persona>.

Tamminga, C. (2018). *Otros trastornos en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales*. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/otros-trastornos-en-el-espectro-de-la-esquizofrenia-y-otros-trastornos-psic%C3%B3ticos>.

*Salud mental: MedlinePlus en español*. Medlineplus.gov. (2020). Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>.